

## 福祉医療費受給者証【交付・更新・変更】申請書(重度心身障害者用)

## ● 加入医療保険等の状況(以下の項目を記入してください。)

|        |            |                          |  |  |  |  |  |  |  |      |       |    |     |  |
|--------|------------|--------------------------|--|--|--|--|--|--|--|------|-------|----|-----|--|
| 受給者    | 受給者番号      | ※ 更新者のみ記入                |  |  |  |  |  |  |  |      |       |    |     |  |
|        | 住所         | 〒 -                      |  |  |  |  |  |  |  |      |       |    |     |  |
|        | ふりがな<br>氏名 |                          |  |  |  |  |  |  |  | 生年月日 | 年 月 日 |    |     |  |
|        | 個人番号       |                          |  |  |  |  |  |  |  |      |       | 性別 | 男・女 |  |
| 加入医療保険 | 記号番号       |                          |  |  |  |  |  |  |  |      |       |    |     |  |
|        | 保険種別       | 国保・後期・協会けんぽ・組合・共済・その他( ) |  |  |  |  |  |  |  |      |       |    |     |  |
|        | 被保険者氏名     | (T・S・H・R 年 月 日生)         |  |  |  |  |  |  |  | 続柄   |       |    |     |  |
|        | 被保険者住所     |                          |  |  |  |  |  |  |  |      |       |    |     |  |
|        | 保険者番号      |                          |  |  |  |  |  |  |  |      |       |    |     |  |
|        | 保険者名称      |                          |  |  |  |  |  |  |  |      |       |    |     |  |

※保険証利用登録がされたマイナンバーカード又は資格確認書等、保険加入状況が確認可能な書類を提示してください。

## ● 障害の状況(該当するものに○をつけてください。)

|  |                    |                    |
|--|--------------------|--------------------|
|  | 身体障害者手帳 (1級・2級・3級) |                    |
|  | 療育手帳 A判定           | 次回判定 [ 無期限 / 年 月 ] |
|  | 精神障害者保健福祉手帳 1級     | 有効期限 [ 年 月 日 ]     |
|  | 障害年金 1級            | 次回判定 [ 無期限 / 年 月 ] |
|  | 特別児童扶養手当 1級        |                    |
|  | その他( )             |                    |

※ 障害者手帳、証書等を提示してください。

## ● その他特記事項(該当箇所に○、または記入してください。)

|   |                           |                      |
|---|---------------------------|----------------------|
| 1 | 原爆手帳をもっている。               | はい・いいえ               |
| 2 | 生活保護を受けている。               | はい・いいえ               |
| 3 | 現在、一人暮らしである。              | はい・いいえ (はいの場合は下欄に記入) |
|   | 生活場所 1. 自宅 2. 病院・施設 (名称 ) | ( 病院等の入院期間 年 月 日から ) |
|   | 連絡先(本人以外)                 |                      |
|   | 氏名 (続柄) TEL               |                      |
|   | 住所 〒 -                    |                      |

|                 |                 |
|-----------------|-----------------|
| 有効期限開始日         | 年 月 日から該当       |
| 保険を変更した場合の適用開始日 | 年 月 日から受給者番号変更  |
|                 | 受給者番号の変更( )⇒( ) |

(裏面があります)

( 裏面 )

福祉医療費受給者証の交付を申請します。

また、次のことについて同意します。

- 1 福祉医療費受給者証交付及び更新要件確認のため、申請者(受給者)の所得状況を調査すること。
- 2 医療に関する給付が行われた場合、高額療養費算定基準額及び一部負担金割合の確認のため、被保険者の世帯の課税状況を調査すること。
- 3 保険者から高額療養費及び高額介護合算療養費並びに付加給付金の支給を受けることができる場合、申請及び受領について市長に委任すること。
- 4 保険者から高額療養費及び高額介護合算療養費並びに付加給付金その他法令等により医療費の助成を受けた場合、市の過払い相当額を市へ返還すること。
- 5 保険者に対して、医療の給付及び付加給付金の支給状況並びに保険資格を市が確認すること。
- 6 申請者(受給者)及び被保険者が宇部市重度心身障害者医療費助成要綱又はこの要綱に基づく指示に違反したときは、受給者証の交付をせず、又は既に交付している受給者証の効力を停止し、若しくは助成の全部又は一部を支給しない場合があること。

年 月 日

宇部市長 様

申請者住所  
(受給者住所)

申請者氏名  
(受給者氏名)

T E L

被保険者氏名